# REVUE DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.

**OLLIER**
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Lyon,
Correspondant de l'Académie des sciences,
Associé de l'Académie de médecine.

**P. BERGER**
Professeur de médecine opératoire
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de médecine.

**F. TERRIER**
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de la Pitié,
Membre de l'Académie de médecine.

**QUÉNU**
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : **M. F. Terrier.**

VINGTIÈME ANNÉE. — N° 4. — 10 AVRIL 1900


## EXTRAIT


PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1900

# BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

**Volumes in-8, brochés, à 5 fr., [illegible]**

*EXTRAIT DU CATALOGUE*

STUART MILL. — **Mes mémoires.** 3ᵉ éd. 5 fr.
— **Système de logique.** 2 vol. 20 fr.
— **Essais sur la religion.** 2ᵉ édit. 5 fr.
HERBERT SPENCER. **Prem. principes.** 8ᵉ éd. 10 fr.
— **Principes de psychologie.** 2 vol. 20 fr.
— **Principes de biologie.** 4ᵉ édit. 2 vol. 20 fr.
— **Pincipes de sociologie.** 4 vol. 36 fr. 25
— **Essais sur le progrès.** 5ᵉ édit. 7 fr. 50
— **Essais de politique.** 4ᵉ édit. 7 fr. 50
— **Essais scientifiques.** 3ᵉ édit. 7 fr. 50
— **De l'éducation.** 10ᵉ édit. 5 fr.
COLLINS. — **Résumé de la phil. de Spencer.** 10 fr.
PAUL JANET. — **Causes finales.** 3ᵉ édit. 10 fr.
— **Histoire de la science politique dans ses rapports avec la morale.** 3ᵉ édit. 2 vol. 20 fr.
TH. RIBOT. — **Hérédité psychologique.** 7 fr. 50
— **Psychologie anglaise contemporaine.** 7 fr. 50
— **La psychologie allem. contemp.** 7 fr. 50
— **Psychologie des sentiments.** 2ᵉ éd. 7 fr. 50
— **L'Évolution des idées générales.** 5 fr.
A. FOUILLÉE. — **Liberté et déterminisme.** 7 fr. 50
— **Systèmes de morale contemporains.** 7 fr. 50
— **Morale, art et religion**, d'ap. Guyau. 3 fr. 75
— **L'avenir de la métaphysique.** 2ᵉ éd. 5 fr.
— **L'évolut. des idées-forces.** 2ᵉ éd. 7 fr. 50
— **Psychologie des idées-forces.** 2 vol. 15 fr.
— **Tempérament et Caractère.** 2ᵉ éd. 7 fr. 50
— **Le mouvement positiviste.** 2ᵉ éd. 7 fr. 50
— **Le mouvement idéaliste.** 2ᵉ éd. 7 fr. 50
— **Psychologie du peuple français.** 7 fr. 50
— **La France au point de vue moral.** 7 fr. 50
DE LAVELEYE. — **De la propriété.** 10 fr.
— **Le Gouv. dans la démocratie.** 2 v. 3ᵉ éd. 15 fr.
BAIN. — **Logique déd. et ind.** 2 vol. 20 fr.
— **Les sens et l'intelligence.** 3ᵉ édit. 10 fr.
— **Les émotions et la volonté.** 10 fr.
— **L'esprit et le corps.** 4ᵉ édit. 6 fr.
— **La science de l'éducation.** 6ᵉ édit. 6 fr.
LIARD. — **Descartes.** 5 fr.
— **Science positive et métaph.** 4ᵉ éd 7 fr. 50
GUYAU. **Morale anglaise contemp.** 3ᵉ éd. 7 fr. 50
— **Probl. de l'esthétique cont.** 2ᵉ éd. 7 fr. 50
— **Morale sans obligation ni sanction.** 5 fr.
— **L'art au point de vue sociol.** 2ᵉ éd. 5 fr.
— **Hérédité et éducation.** 3ᵉ édit. 5 fr.
— **L'irréligion de l'avenir.** 5ᵉ édit. 7 fr. 50
HUXLEY. — **Hume, vie, philosophie.** 5 fr.
E. NAVILLE. — **La physique moderne.** 5 fr.
— **La logique de l'hypothèse.** 2ᵉ édit. 5 fr.
— **La définition de la philosophie.** 5 fr.
— **Les philosophies négatives.** 5 fr.
H. MARION. — **Solidarité morale.** 5ᵉ éd. 5 fr.
SCHOPENHAUER. — **Sagesse dans la vie.** 5 fr.
— **Principe de la raison suffisante.** 5 fr.
— **Le monde comme volonté**, etc. 3 v. 22 fr. 50
JAMES SULLY. — **Le pessimisme.** 2ᵉ édit. 7 fr. 50
— **Etudes sur l'enfance.** 10 fr.
PREYER. — **Eléments de psychologie.** 5 fr.
— **L'âme de l'Enfant.** 10 fr.
WUNDT. — **Psychologie physiol.** 2 vol. 20 fr.
L. CARRAU. — **La philosophie religieuse en Angleterre, dep. Locke** jusqu'à nos jours. 5 fr.
LOMBROSO. — **L'homme criminel.** 2 vol. et atlas. 36 fr.
E. DE ROBERTY. — **L'ancienne et la nouvelle philosophie.** 7 fr. 50
— **La philosophie du siècle.** 5 fr.
FONSEGRIVE. — **Le libre arbitre.** 2ᵉ éd. 10 fr.
G. SERGI. — **Psychologie physiologique.** 7 fr. 50
PIDERIT. — **Mimique et physiognomonie.** 5 fr.
GAROFALO. — **La criminologie.** 4ᵉ édit. 7 fr. 50
— **La superstition socialiste.** 5 fr.
G. LYON. — **L'idéalisme en Angleterre au XVIIIᵉ siècle.** 7 fr. 50
P. SOURIAU. — **L'esthét. du mouvement.** 5 fr
— **La suggestion dans l'art.** 5 fr
F. PAULHAN. — **L'activité mentale.** 10 fr.
— **Esprits logiques et esprits faux.** 7 fr. 50
PIERRE JANET. — **L'automatisme psych.** 7 fr. 50
J. BARTHÉLEMY-SAINT HILAIRE. — **La philosophie, la science et la religion.** 5 fr.

H. BERGSO[illegible]
— **Do[illegible]ée[illegible] imm[illegible]d. d[illegible]** [illegible]
RICARDOU. — **De l'idéal.** [illegible]
ROMANES. — **L'év.** [illegible]
PILLON. — **L'a[illegible]** [illegible] 1890 a 1898, c[illegible] [illegible]
PICAVET. — **Les idéolog[illegible]** [illegible]
GURNEY, MYER[illegible] et PO[illegible] [illegible] **télépathique[illegible].** 3ᵉ édit. [illegible]
L. PROAL. — **Le Crim[illegible]** [illegible]
— **La criminalité politiq[illegible].** [illegible]
ARRÉAT. — **Psycholo[illegible]** [illegible]
BOURDON. — **L'expre[illegible] d[illegible]** [illegible] **des tend[illegible]ce[illegible] dan[illegible]** [illegible]
NOVICOW. — **Lutte[illegible]** [illegible]
— **Les gaspillage[illegible] d[illegible]s [illegible]** [illegible]
DURKHEIM. — **Division d[illegible]** [illegible]
— **Le suicide**, étude [illegible] [illegible]
— **L'année sociologiq[illegible].** [illegible] chacune. [illegible]
J. PAYOT. — **Educ[illegible]** [illegible]
— **De la croyance.** [illegible]
CH. ADAM. — **La philo[illegible]** [illegible] mière moitié du XIXᵉ [illegible] [illegible]
H. OLDENBERG. — **L[illegible]** [illegible]
NORDAU (MAX). — **D[illegible]** [illegible]
— **Les mensonge[illegible] co[illegible]** [illegible]
AUBRY. — **La cont[illegible]** [illegible]
GODFERNAUX. — **L[illegible]** [illegible]
BRUNSCHVICG. — **S[illegible]ino[illegible].** [illegible]
— **La [illegible]odalité du j[illegible]** [illegible]
LÉVY-BRUHL. — **Philo[illegible]** [illegible]
— **L[illegible]ttres de J.-S.** [illegible]
— **Philosophie d'[illegible]u[illegible].** [illegible]
BOIRAC. — **L'id[illegible] d[illegible] p[illegible]** [illegible]
F. MARTIN. — **La p[illegible]** [illegible]
G. TARDE. — **L[illegible] logi[illegible]** [illegible]
— **Les lois de l'i[illegible]** [illegible]
— **L'oppo[illegible]ition uni[illegible]** [illegible]
G. DE GREEF. — **Tr[illegible]** [illegible]
L. BOURDEAU. — **Le [illegible]** [illegible]
CRÉPIEUX-JAMI[illegible] [illegible]
J. IZOULET. — **L[illegible] c[illegible]t[illegible]** [illegible]
THOUVEREZ. — **Ré[illegible]** [illegible]
LANG. — **[illegible]ythes, C[illegible]** [illegible]
DUPROIX. — **Kant,** [illegible]
SÉAILLES. **Essa[illegible] s[illegible]r l[illegible]** [illegible]
V. BROCHARD. — **D[illegible] l'[illegible]** [illegible]
AUG. COMTE. — **Sociol**[illegible] [illegible]
BALDWIN. — **Développ[illegible]** [illegible]
C. CHABOT. — **Natur[illegible]** [illegible]
C. PIAT. — **La perso[illegible]** [illegible]
— **La destinée de l'[illegible]** [illegible]
E. BOUTROUX. — **Etud[illegible]** [illegible] **philosophie.** [illegible]
G. FULLIQUET. — **L'[illegible]** [illegible]
P. MALAPERT. — **L[illegible]** [illegible]
A. BERTRAND. — **L'[illegible]** [illegible]
— **Les études dans la [illegible]** [illegible]
E. SANZ Y ESCARTIN. — [illegible] **forme sociale.** [illegible]
H. LICHTENBERGER. — [illegible]
J. PERÈS. — **L'[illegible]rt et [illegible]** [illegible]
E. GOBLOT. — **Clas[illegible]** [illegible]
ESPINAS. — **La Philos. [illegible]oc.** [illegible]
MAX MULLER. — **Etud[illegible]** [illegible]
THOMAS. — **L'éducation d[illegible]** [illegible]
DURAND (de Gros). — [illegible]
— **Esthétique et mor[illegible].** [illegible]
G. LE BON. — **Psychol.** [illegible]
RAUH. — **De la méthod[illegible]** [illegible] **des sentiments.** [illegible]
GÉRARD-VARET. — [illegible] **flexion.** [illegible]
DUPRAT. — **L'instabilit[illegible]** [illegible]
HANNEQUIN. — **L'hypo[illegible]** [illegible]
AD. COSTE. — **Socio[illegible]** [illegible]
LALANDE. — **Dissolutio[illegible]** [illegible]
DE LA GRASSERIE. — [illegible] **gions.** [illegible]
BOUGLÉ. — **Les idé[illegible]** [illegible]
F. ALENGRY. — **Ess[illegible]** [illegible] **la Sociologie che[illegible]** [illegible]

Coulommiers. — Imp. PAUL BRODAR[illegible]

# ÉPITHÉLIOMA DES DEUX MAMELLES

## AVEC NOYAUX DERMIQUES SECONDAIRES

### COÏNCIDANT AVEC UNE PÉRITONITE TUBERCULEUSE

PAR MM.

**A. LE DENTU** et **H. MORESTIN.**

---

Le cancer du sein est une maladie étrangement polymorphe. Il peut présenter les plus singulières variations dans son mode de début, sa marche, son évolution. A côté de ses formes habituelles, communes, vulgaires, il en est d'autres plus ou moins rares et, enfin, quelques-unes exceptionnelles et mal connues. Nous avons eu l'occasion d'observer un de ces cas anormaux dont l'histoire nous paraît devoir être rapportée, car nous ne connaissons point d'observation qui soit rigoureusement comparable. Le cancer occupant les deux seins a présenté des allures tout à fait insolites, et la coïncidence d'une péritonite tuberculeuse chez la même malade a contribué pendant longtemps à rendre le diagnostic bien épineux. Suivie depuis son début apparent jusqu'à sa terminaison, la maladie a présenté à diverses reprises des aspects cliniques déconcertants; et nous ne faisons nulle difficulté pour reconnaître qu'en définitive nous avons dû attendre la nécropsie pour avoir quelque certitude. On a toujours tendance à rapprocher et à expliquer l'une par l'autre deux lésions développées simultanément dans le même organisme. Or, ici, ce rapprochement ne pouvait conduire qu'à une interprétation erronée.

Voici d'ailleurs la relation de ce fait curieux :

Une jeune femme de vingt-sept ans, Suzanne F..., anglaise de Brighton, se présente, en avril 1897, à la consultation de l'hôpital Broussais. Vivant au quartier Latin, dans la demi-prostitution, elle nous est amenée par un de nos externes. Une liaison courte et accidentelle lui a procuré l'occasion, très imprévue et non souhaitée, d'observer à son premier début la curieuse affection mammaire que présente Suzanne F... Cette jeune femme, longue, mince, et d'une extrême maigreur, était cependant d'une assez bonne santé habituelle. A part quelques troubles menstruels et la syphilis, choses inhé-

rentes à son genre de vie, elle n'avait jamais eu de maladie. Du côté des seins, en particulier, elle n'avait jusque-là remarqué rien d'anormal, si ce n'est pourtant leurs proportions exiguës et même quelque peu humiliantes.

Or, brusquement, survint un gonflement général des deux seins, s'accompagnant d'une légère douleur, d'un sentiment de pesanteur et de gêne. En deux jours ils prirent un volume énorme, doublant, triplant, puis décuplant de volume; c'est dans cet état qu'elle se montra à nous pour la première fois, une dizaine de jours après le début; la tuméfaction était alors stationnaire.

Les seins offraient alors un étrange aspect, leur opulence apparente, contrastant avec le corps émacié et le thorax étroit.

Uniformément tendus et gonflés et d'une égale ampleur, ils formaient deux grosses masses hémisphériques, comparables comme dimensions à des têtes d'enfants de cinq ou six ans. La peau n'était guère modifiée. Amincie, distendue, sa coloration était à peine rosée, mais elle laissait voir par transparence les réseaux veineux superficiels très développés. La palpation montrait qu'au-dessous de ces téguments peu mobiles, les seins formaient deux blocs d'une consistance très ferme et même dure, sans qu'on pût isoler aucune tumeur circonscrite, reconnaître ni saillie, ni dépression, ni point fluctuant ou ramolli. Aucune trace de lobulation n'était appréciable. Bref les glandes étaient noyées, perdues dans une infiltration diffuse, occupant au même degré les deux mamelles.

Celles-ci se laissaient déplacer aisément sur la paroi thoracique. Il n'y avait point d'adénopathie axillaire, et chez un sujet aussi complètement dépourvu de graisse, l'exploration du creux axillaire pouvait s'exécuter dans des conditions de facilité telles que la moindre tuméfaction ganglionnaire eût pu être décelée sans peine. Il n'y avait aucun écoulement par les mamelons. L'indolence était parfaite, et il n'y avait ni fièvre ni symptômes généraux. On pouvait alors songer au sclérème phlegmasique décrit autrefois par l'un de nous, à une mastite aiguë bilatérale, ne répondant certes à aucune description classique, enfin, à une de ces mammites carcinomateuses à marche terrible, auxquelles il suffit de quelques semaines pour entraîner la mort.

Cette dernière hypothèse était la plus vraisemblable, si l'on s'en tenait à l'habitus extérieur, mais la marche de l'affection était vraiment par trop soudaine et nous n'étions pas absolument satisfaits de ce diagnostic, qui pourtant nous parut probable ce jour-là.

Or, au bout d'une semaine, sans autre traitement qu'une compression très douce, il se produisit une amélioration.

Les seins devinrent plus souples, en même temps que leur volume diminuait.

Mais, après quelques jours, on constate une recrudescence, suivie d'une nouvelle rétrocession, sans que la malade ait d'ailleurs présenté aucun phénomène douloureux pendant ces alternatives.

Depuis, ce gonflement général et uniforme ne s'est plus montré.

Pendant plusieurs semaines, à la suite de ces accidents du début, la

tuméfaction a été sans cesse décroissant. A mesure que disparaissait cette infiltration totale, on pouvait, à travers des couches superficielles plus souples, explorer d'une façon plus précise la glande elle-même. Or, peu à peu, on put sentir dans les deux seins, mais particulièrement dans le droit, des noyaux durs, très durs même, bosselés d'une manière inégale, multiples et irrégulièrement répartis, gros comme des noix, des noisettes ou des pois, mal limités, peu mobiles, ne se laissant point séparer du reste de la glande, dont ils occupaient surtout les parties inférieure et externe. Les deux mamelons se rétractèrent de plus en plus et dans l'aisselle droite on put constater bientôt un gros ganglion, arrondi, dur et mobile. Un autre plus petit occupait l'aisselle gauche. La peau cependant n'était pas adhérente, et le sein demeurait mobile au devant du grand pectoral.

Ce nouvel aspect de la maladie nous éloignait complètement bien entendu de l'idée d'une mastite carcinomateuse, mais nous hésitions encore, et cette fois entre une autre variété de cancer, le squirrhe double, une mastite noueuse et une tuberculose frappant simultanément les deux glandes. Cette dernière opinion ne trouva d'abord aucun appui dans l'examen réitéré des divers organes. L'état général se maintenait excellent, la malade ne toussait point et l'auscultation n'éveillait aucun doute sur la parfaite intégrité de l'appareil respiratoire. Cependant, au mois de juin, on put reconnaître que l'abdomen prenait un développement graduel. Cette ampliation se produisit lentement et sans déterminer autre chose qu'un peu de gêne. Bientôt il fut manifeste qu'il existait de l'ascite. Le liquide épanché dans le ventre augmenta rapidement. Sur la paroi abdominale se dessinaient chaque jour plus nettement de longues veines anastomotiques, légèrement dilatées. Mais la palpation ne décelait dans le ventre ni tumeur, ni gâteau, ni zone indurée, ni froissement, ni modifications de volume ou de sensibilité d'aucun des viscères abdominaux.

Il n'existait ni troubles digestifs ni urinaires et les règles étaient assez régulières. Mais, au toucher vaginal, on percevait, en arrière d'un utérus normal comme situation et comme dimensions, une masse assez difficile à délimiter, placée principalement à gauche et, autant que l'épanchement péritonéal et la distension du ventre permettaient de l'apprécier, grosse comme une orange, et peu mobile, d'ailleurs à peine douloureuse à la pression.

Notre diagnostic fut alors beaucoup plus ferme. Il s'agissait selon nous d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique, d'origine annexielle probable. Rapprochant cette notion de l'affection du sein, on pouvait admettre avec vraisemblance qu'il s'agissait d'une tuberculose mammaire, d'une forme assez anormale à vrai dire. Cependant nous nous demandions encore, songeant à d'autres faits que nous avions observés antérieurement, si nous n'avions pas affaire à une de ces mammites, inflammations bâtardes et mal connues, qu'on observe au cours des affections les plus distinctes, et qui nous paraissent être des manifestations secondaires à distance d'une infection plus ou moins grave d'un autre organe. Cette question étant à l'étude dans notre service, nous y avons songé à propos de cette malade, sans d'ailleurs nous y arrêter longuement, et sans modifier notre diagnostic de

mastite tuberculeuse. Nous verrons cependant comment nous avons été un instant ramenés à cette idée par la marche ultérieure de l'affection.

La malade étant entrée à la clinique de Necker, salle Lenoir, n° 4, y subit la laparotomie le 5 novembre 1897. L'incision sous-ombilicale donne issue à 4 ou 5 litres de sérosité citrine, légèrement verdâtre. Les anses intestinales aussi bien que le péritoine pariétal étaient couverts de granulations jaunâtres ou grisâtres. En outre, le petit bassin était rempli par une tumeur, plus grosse que le poing, qui émergeait au-dessus du détroit supérieur. Cette masse, irrégulière et bosselée, était assez complexe; elle présentait dans sa portion immédiatement accessible une partie kystique dépendant sans doute de l'ovaire; la main introduite dans le petit bassin percevait plus loin des portions plus dures et adhérentes aux parois pelviennes. Cette tumeur dépendait évidemment des annexes.

On jugea inutile de rechercher exactement si c'étaient les annexes droites ou les annexes gauches. La solidité et la complexité des adhérences indiquaient que l'ablation n'eût été possible qu'au prix d'une opération longue et laborieuse, et notre but était précisément de faire le moins possible chez cette femme affaiblie et dans un ventre tapissé de tubercules. La malade guérit rapidement de cette intervention, malgré une petite désunion de la suture et une filtration assez abondante de liquide péritonéal pendant plusieurs jours. L'état général, qui pendant les derniers mois s'était beaucoup altéré, se releva très vite. La malade se mit à engraisser. Quand elle sortit de Necker, vers la fin de janvier 1898, elle avait très bonne mine. Le ventre était souple, indolent et sans ascite. Mais ce qu'il y avait de plus curieux et de plus intéressant, c'était la modification subie par les seins, transformation à laquelle nous avions assisté non sans surprise, et que nous avions suivie avec sollicitude et pour ainsi dire jour par jour. Graduellement les deux seins avaient diminué et changé encore une fois de consistance. Ils s'étaient assouplis, en revenant à leur volume d'autrefois. Les noyaux durs, épars dans les glandes, s'étaient raréfiés, amoindris; moins résistants à la palpation, ils semblaient en voie de résorption et de disparition.

Nous voilà donc encore une fois perplexes sur le cas de Suzanne F..., et de nouveau l'idée nous revint d'une de ces infections mammaires survenant d'une manière intercurrente pendant l'évolution des maladies les plus variables. La disparition pour ainsi dire complète et singulièrement rapide depuis la laparotomie subie par la malade, apportait un certain appoint à cette interprétation.

Mais l'événement vint bientôt détruire ce que cette arrière-pensée avait de consolant. Vers la fin de mai, nous vîmes reparaître notre malade. Le ventre était souple, non distendu, et de ce côté la trêve se prolongeait.

Pour les seins, ils étaient fort malades, mais leur aspect était différent de ce que nous avions vu précédemment.

Les deux mamelles formaient deux masses d'une dureté ligneuse, celle de droite était plus grosse que l'autre, et toutes deux ayant plus que doublé de volume depuis le dernier examen. Les mamelons, surtout celui de droite,

étaient rétractés, enfouis dans un creux, et ne se laissant pas éverser ni étirer. Chaque glande paraissait prise dans toute son étendue et se présentait comme un large gâteau irrégulièrement lobulé, très dur, indolent à la pression, sans adhérence avec la peau ni avec les couches profondes.

Dans les deux aisselles, deux ou trois ganglions, dont un gros comme une noix, les autres plus petits, tous indolents, mobiles et très fermes. A gauche, la peau paraissait saine, mais à droite, toute la surface du sein était couverte de petits noyaux plus ou moins arrondis, mais mal limités, enchâssés dans la peau. Ces sortes de plaques surélevées, d'un rouge pâle ou violacé, avec des arborisations veineuses, étaient du plus mauvais aspect et, en présence de cette lésion, on ne pouvait s'empêcher de diagnostiquer immédiatement : squirrhe pustuleux disséminé. Cependant la marche si singulière, avec périodes de régression, n'était pas en rapport avec cette impression. Quant à une forme de tuberculose nodulaire disséminée de la peau, cette hypothèse se présentait à l'esprit, mais ce fait ne s'était montré dans aucun des cas décrits de tuberculose mammaire.

Pour nous tirer d'embarras, nous voulions extirper un de ces nodules, pour en faire l'étude, mais la malade s'y refusa d'une façon formelle.

F. entra de nouveau à Necker le 1er août.

Les seins n'avaient changé ni de consistance ni d'aspect général, mais le sein gauche était couvert d'une éruption analogue à celle du droit. De ce côté l'envahissement cutané ne s'était pas accentué, les nodules avaient plutôt un peu pâli. Il n'y avait toujours ni adhérences à la peau ni douleurs. La malade se plaignait seulement de quelques démangeaisons.

Mais l'ascite avait reparu considérable, entraînant une gêne des fonctions digestives et surtout de la respiration.

Pour la soulager on fit, le 2 août, une ponction, qui évacua cinq litres de sérosité verdâtre.

Nouvelle ponction le 13, parce que le liquide, s'étant reproduit, filtrait à travers une éraillure de l'ancienne cicatrice de laparotomie.

La malade allait d'ailleurs s'affaiblissant et se cachectisait très vite. Elle avait du muguet et une eschare sacrée.

Le liquide retiré par la première ponction, examiné au microscope, ne contenait aucun micro-organisme. Mais, inoculé à un cobaye, il rendit l'animal tuberculeux.

Le 21 août, la partie inférieure de la cicatrice se rouvrait spontanément. Il en sortit une sorte de pus séreux, des flocons pseudo-membraneux et grisâtres. Cette ouverture fut agrandie d'un coup de ciseaux, et l'on tomba dans une cavité circonscrite, à paroi tomenteuse, d'un gris jaunâtre, véritable paroi d'abcès tuberculeux.

La malade ne toussait point, elle n'avait jamais présenté aucun phénomène thoracique, et l'auscultation était toujours demeurée négative.

Elle s'éteignit lentement et ne succomba que le 10 septembre.

A l'autopsie, on constata que les poumons étaient sains, à l'œil nu, du moins, que le ventre contenait encore une certaine quantité de liquide ascitique, que l'intestin et la paroi abdominale étaient chargés de granula-

tions tuberculeuses, et enfin, que le petit bassin était rempli d'un magma inextricable, tous les organes adhérents entre eux, et entravant les annexes, elles-mêmes tuberculeuses et presque méconnaissables.

Les deux seins enlevés en masse avec le plastron thoracique ont été photographiés, et la figure ci-dessous est faite d'après cette photographie (Fig. 1).



Fig. 1. — Épithélioma des deux mamelles. — Photographie des deux seins enlevés en masse avec le plastron thoracique.

M. Pettit, notre chef de laboratoire, nous a remis, au sujet de cette pièce, la note suivante :

Examinée à l'œil nu, la tumeur se montre formée par une série de kystes de dimensions très variables (plusieurs centimètres de diamètre à quelques fractions de millimètre), remplis d'un liquide ambré.

L'examen sur lamelles de ce liquide ou de frottis de tissu ne donne pas de résultats au point de vue bactériologique ; en revanche, l'inoculation à un cobaye, du liquide dans lequel des fragments de tissu avaient été broyés, a déterminé la tuberculose.

La constitution histologique [1] varie suivant le point envisagé :

1. Fixation au mélange de Zenker et à l'alcool. Collodion, coloration à l'hématoxyline-éosine, à la fuchsine de Ziel, au carmin aluné, au picro-carmin.

1° Portion superficielle.

L'épiderme est sensiblement normal; tout au plus peut-on remarquer quelque irrégularité dans la forme des prolongements épithéliaux intra-dermiques; le derme est infiltré de nombreux éléments inflammatoires, et, par places, on observe des amas de tissu glandulaire de nouvelle formation; en outre, il existe quelques glandes éparses dans le derme.

Un des amas en question est figuré en *a*, fig. 2; il est composé par des formations glandulaires hyperplasiées, séparées les unes des autres par de minces travées conjonctives.

L'épithélium de revêtement des glandes est composé par des cellules cylindriques, mais ce n'est que rarement qu'il existe une lumière glandu-

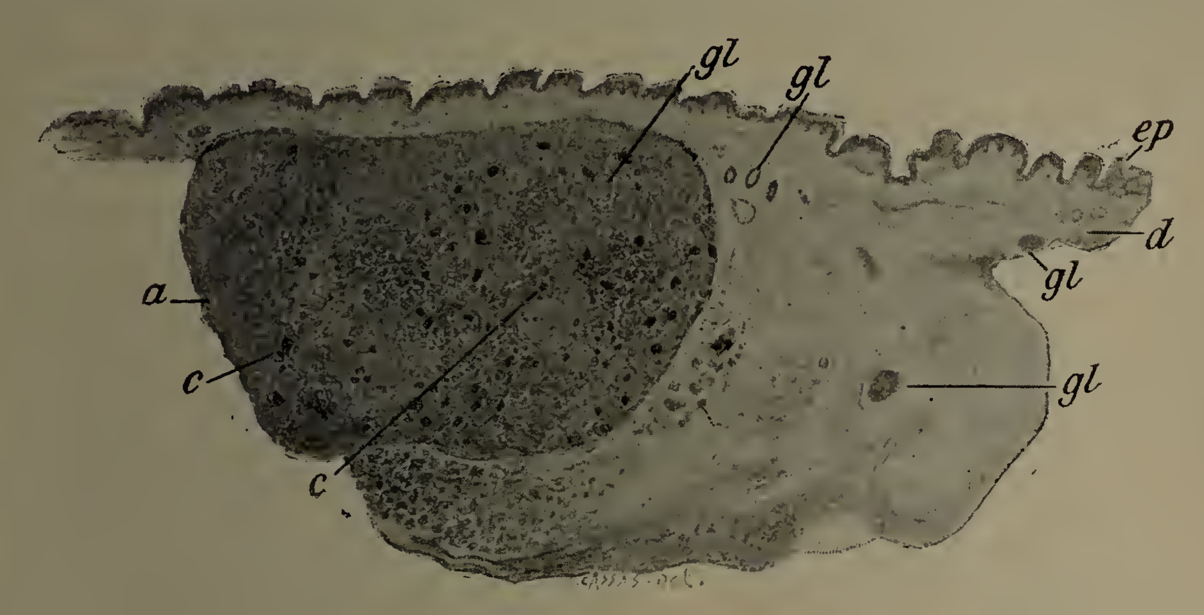



Fig. 2. — Coupe vue à un faible grossissement intéressant les portions superficielles. — *ep*, épiderme; *d*, derme; *gl*, formations glandulaires à divers états de régression; *a*, amas de formations glandulaires hyperplasiées avec *c*, concrétions fixant intensivement l'hématoxyline.

laire; en général, on a affaire à des cordons cellulaires pleins dont les portions centrales sont occupées par des cellules facilement reconnaissables, ou encore par des concrétions spéciales; ces dernières sont formées par une série de couches concentriques et sont dues vraisemblablement à un processus de nécrose d'éléments cellulaires; elles résistent à l'action des acides et fixent intensivement les teintures histologiques.

2° Portion centrale.

Les fragments prélevés dans la profondeur de la tumeur présentent la structure suivante :

La tumeur est formée par une trame lamineuse [1], infiltrée de cellules inflammatoires, délimitant une série d'alvéoles de dimensions extrêmement variables.

Ce stroma est parcouru par d'assez nombreux vaisseaux; les cavités, qu'il délimite, sont occupées par des formations glandulaires à divers états de régression : les glandes, sensiblement normales, sont très rares. Au stade de début, la glande est simplement dilatée et l'épithélium de revête-

1. Les colorations à l'orcéine de Tænzer-Unna ne décèlent pas de fibres élastiques.

ment est formé de cellules cylindriques, mais bientôt il ne tarde pas à proliférer, et l'exagération de ce processus aboutit à la formation d'amas de formations glandulaires hyperplasiées, analogues à ceux décrits plus haut; ils sont figurés sur la fig. 3 en *a*; comme dans le cas précédent, ces amas renferment des concrétions à couches concentriques, plus volumineuses




Fig. 3. — Coupe pratiquée dans la partie centrale de la tumeur. — *tc*, stroma conjonctif; *v*, vaisseaux; *ci*, cellules inflammatoires; *gl*, formations glandulaires à divers états de régression; *r*, revêtements cellulaires normaux ou *ri*, en voie de prolifération; *a*, amas de formations glandulaires hyperplasiées avec *c*, concrétions fixant intensivement l'hématoxyline.

encore que dans les régions superficielles (plusieurs de celles-ci sont figurées en *c*, fig. 2). Les préparations ont été soumises à l'examen de MM. Brault et Letulle. Tous deux pensent qu'il s'agit, sans hésitation possible, d'un épithélioma cylindrique.

Les deux glandes présentent des lésions identiques. Le détail le plus frappant à l'examen microscopique est la présence d'une très grande quan-

tité de kystes de toutes les dimensions, entre une tête d'épingle et une noix. Au premier abord, les glandes paraissent prises dans leur totalité, et en effet, les lésions sont extrêmement disséminées. Cependant on trouve en certains points des acini parfaitement sains, ainsi que des conduits excréteurs intacts. Sur un certain nombre d'acini on peut suivre les transformations cellulaires qui conduisent à la sécrétion lactée, et de fait, on peut voir dans plusieurs conduits excréteurs et acini des globules de lait.

Les lésions sont pour ainsi dire purement glandulaires dans la mamelle, dont le tissu conjonctif interstitiel est sain. Les noyaux secondaires occupent le tissu cellulaire sous-cutané et le derme.

On nous pardonnera d'avoir relaté un peu longuement cette observation, le caractère étrange de l'affection nous obligeant à entrer dans les détails. Il y a eu, en somme, chez notre malade une phase de début, avec tuméfaction dure des seins, survenue brusquement, période de mastite aiguë totale, une phase où les lésions ont pris l'aspect nodulaire en même temps que se développait la péritonite ascitique, une phase de résorption et d'assouplissement coïncidant avec la guérison apparente de la localisation abdominale, enfin, une quatrième et dernière phase de néoplasie panglandulaire avec envahissement cutané.

A ces différentes périodes, nous avons dû agiter la question du diagnostic, et quoique hantés forcément par l'idée de cancer, nous ne pouvions adopter sans réserve cette interprétation, contre laquelle se dressaient toujours des considérations tirées de l'état général, de l'évolution des accidents et du rapprochement avec la lésion abdominale. A vrai dire, l'état des seins, considéré dans chaque phase de la maladie, était caractéristique d'une variété de cancer. C'étaient les circonstances adjuvantes qui contrariaient ce diagnostic; ce dernier eût paru relativement simple si l'examen avait été limité aux mamelles.

Au début, les deux seins énormes rappelaient étonnamment les figures classiques représentant les mastites carcinomateuses. L'indolence, la dureté des glandes tuméfiées, la rétraction des mamelons, l'absence de phénomènes généraux, cadraient assez bien avec la description que l'on donne de ces cancers à allure foudroyante. Cependant l'invasion était vraiment par trop soudaine; une marche aussi rapide rappelait davantage une affection d'ordre phlegmasique. Mais laquelle? Quelle maladie en dehors de la puerpéralité, ou même pendant la période puerpérale, peut revêtir un pareil aspect?

Aussi, ces réserves faites, devions-nous accepter comme relativement probable l'opinion d'un cancer non seulement aigu, mais suraigu des deux mamelles. Or, la disparition de la tuméfaction

générale, le désempâtement et l'assouplissement des seins, la rétrocession des phénomènes alarmants du début, et toute la suite ultérieure de la maladie, prouvent qu'il ne s'agissait point de la mastite carcinomateuse, telle que nous l'ont décrite Klotz, Volkmann, etc. Dans cette forme, point de rémission, la peau, les ganglions sont rapidement envahis, le mal va sans cesse en augmentant. Ses progrès sont acquis et il n'y a jamais de régression.

Il nous semble qu'on peut hasarder au moins deux tentatives d'explication au sujet de ce singulier début. Il se peut tout d'abord que les glandes mammaires, déjà altérées en divers points, sans que ces lésions aient encore donné lieu à aucun signe extérieur, aient été le siège d'une violente poussée congestive avec transformation des acini, quelque chose de comparable à ce qui se produit dans la montée du lait après l'accouchement, cette poussée étant déterminée par une fausse couche ignorée ou dissimulée, ou encore ayant pour point de départ la lésion ovarienne.

On peut encore admettre qu'il s'est produit sur les glandes mammaires déjà envahies, une infection secondaire, par des microbes vulgaires, soit par la voie sanguine, soit par les canaux galactophores. Cette idée d'infection secondaire, surajoutée et passagère, s'accorderait assez bien avec le caractère transitoire des phénomènes bruyants du début, et la disparition progressive de l'engorgement général des mamelles. Ce sont, à vrai dire, des hypothèses et nous ne pouvons apporter à l'appui aucune preuve décisive. Aussi nous abstiendrons-nous de développer autrement ces vues de l'esprit.

Notons toutefois en passant que cette idée d'infection secondaire portant sur la glande mammaire se rattache à d'autres faits observés par nous depuis longtemps. Au cours de maladies très diverses, principalement chez des sujets affaiblis, et surtout chez des individus suppurant depuis longtemps, on peut voir survenir brusquement des mastites qui se traduisent par un gonflement rapide ou même brusque, une fluxion métastatique comme on aurait dit autre fois, et qui disparaissent plus ou moins vite, parfois sans laisser de traces, dans d'autres circonstances, laissant dans le sein des noyaux de mammite noueuse. Ces cas sont rares sans doute, mais indéniables, et nous pourrions produire entre autres celui d'un médecin que nous avons pu observer de bien près. Or, chez notre malade, nous avons pu un moment nous demander si nous n'avions pas affaire à des mastites de cet ordre, consécutives à la lésion abdominale; et la rétrocession de plus en plus complète des noyaux mammaires, l'assouplissement graduel des tissus ont paru pendant plusieurs semaines apporter quelque appui à cette hypothèse.

Mais à ce moment l'aspect des glandes était tellement différent de ce qu'il était au début et, d'autre part, la lésion abdominale devenue à ce point prédominante que la notion de cancer semblait s'éloigner de plus en plus. Le ventre était distendu par une ascite. Tout concordait à faire attribuer l'épanchement péritonéal à une tuberculose de la séreuse à point de départ annexiel. L'habitus extérieur des malades influence parfois nos diagnostics, et d'une manière générale, nous n'avons pas à le regretter. Suzanne F... avait précisément à un haut degré l'apparence d'une tuberculeuse. Ce qui, chez elle, paraissait bien défini au point de vue clinique, c'était l'affection abdominale. Il était acquis qu'elle avait une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Dès lors, nous aidant de la lésion connue pour interpréter la lésion douteuse, il était naturel de rapprocher de la localisation bacillaire péritonéale les noyaux mammaires.

Ceux-ci, toutefois, considérés en eux-mêmes, se prêtaient médiocrement à un tel rapprochement. La palpation montrant les masses inégales occupant les deux seins, donnait plutôt l'impression d'un double squirrhe. Mais nous avons dit combien ce diagnostic s'accordait mal avec la péritonite, que la laparotomie montrait tuberculeuse, le péritoine, les intestins étant couverts d'un semis de très fines granulations. Il est bien rare qu'on ait à discuter dans de pareilles conditions la possibilité soit d'un cancer, soit d'une tuberculose du sein. Il est au contraire habituel d'avoir à trancher cette question dans les cas de tumeur isolée d'une des mamelles, avec adhérence cutanée, rétraction du mamelon et adénopathie.

On a alors à examiner de très près, dans certains cas, la possibilité d'une tuberculose en foyer. On cite de nombreuses erreurs, commises par des cliniciens éminents. Ce sont des faits bien connus, et tous ceux qui ont écrit sur la tuberculose du sein leur ont réservé la place qu'ils méritent au chapitre du diagnostic. Mais on remarquera combien les choses étaient différentes ici. Il y avait ailleurs une lésion tuberculeuse constatée et, au niveau des seins, une autre lésion qui, à vrai dire, ne ressemblait pas aux formes connues de la tuberculose du sein, mais n'avait pas non plus la marche ordinaire des cancers.

Plus tard l'apparition des nodules cutanés nous éloigne beaucoup de l'idée de tuberculose, du moins pour la lésion mammaire. On pourrait bien se demander encore, s'il ne s'agissait pas d'une sorte de lupus ; mais d'abord, ils n'offraient qu'une ressemblance lointaine avec les nodules lupiques, puis, jamais rien de semblable n'a été signalé dans aucune forme de tuberculose mammaire. Pour la première fois alors se posa nettement la question de la dualité de la

malade. Fallait-il admettre que sur le même organisme évoluait d'une part, une tuberculose, de l'autre, un cancer?

On dut attendre la mort de la malade pour être complètement fixé, car elle ne voulut jamais consentir à laisser extirper un des noyaux cutanés; mais le fait parut de plus en plus probable. L'examen nécropsique a mis ce fait hors de doute. Le péritoine, distendu par un liquide louche, était couvert de granulations et de fausses membranes et les annexes formaient des masses tuberculeuses ramollies et suppurées. D'ailleurs, le liquide péritonéal injecté dans le ventre d'un cobaye l'a rendu tuberculeux.

Pour le sein, de l'avis de deux histologistes aussi compétents que MM. Brault et Letulle, on ne saurait élever aucun doute sur la nature des lésions. Il s'agit d'un épithélioma cylindrique. Ces coïncidences sont extraordinaires et tout à fait exceptionnelles. Mais on sait qu'il n'y a pas antagonisme; et que sur le même individu on peut voir à la fois la tuberculose et le cancer. On a pu voir les deux affections sur des parties différentes du même sein (Pilliet).

Faut-il attribuer à une petite masse tuberculeuse, développée en un point d'une des mamelles, ce fait assez étrange que l'inoculation du liquide pris au hasard dans l'un des kystes a rendu un cobaye tuberculeux. Cela est possible, mais sur toutes les coupes qui ont été examinées, il n'y avait que noyaux épithéliaux, acini plus ou moins dégénérés, kystes épithéliaux à différents degrés de développement, lésions se rattachant à l'épithélium, mais en aucun point on ne pouvait rien découvrir qui pût rappeler de près ou de loin la tuberculose. Faut-il admettre que le bacille ait été apporté là secondairement. Cela est plus probable. A moins de supposer que l'animal inoculé était lui-même déjà tuberculeux.

On remarquera le contraste entre le début tumultueux et bruyant de l'affection mammaire et la marche torpide et lente qu'elle a présenté à la fin. Pendant les derniers mois, c'est à peine si on a pu noter quelque changement dans l'aspect des mamelles. La maladie paraissait stationnaire et les glandes axillaires elles-mêmes ne manifestaient aucune tendance à l'accroissement. Aussi la malade a-t-elle succombé aux progrès de sa péritonite, à la transformation purulente de l'épanchement après rupture de sa cicatrice, non à la cachexie cancéreuse.

La marche de cette affection a donc été à tous égards bien singulière, et nous rapportons ce cas, qui a été pour nous un long étonnement, sans dissimuler notre impuissance à en éclaircir pleinement les détails. Il y a des inconnues que nous ne soupçonnons pas encore et qui peuvent modifier grandement les allures d'une maladie.

## FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

*VIENNENT DE PARAITRE :*

**La syphilis et les maladies vénériennes,** [illegible] de Vienne. *Deuxième édition française,* traduite d'après la quatrième [illegible] allemande, avec une introduction et des notes, par MM. le prof. [illegible] Dr Spillmann. 1 vol. in-8, avec 6 planches en couleurs, lithographies, [illegible] texte........................................ [illegible]

---

**Anatomie et physiologie végétales** (*à l'usage de*[illegible] *en sc*[illegible] *des universités, des élèves de l'Institut agronomique, des écoles d'agriculture,* [illegible] par **Er. BELZUNG**, professeur agrégé des sciences naturelles au lycée [illegible] lemagne. 1 vol. in-8, avec 1700 gravures dans le texte.................. [illegible]

---

**Pratique de la chirurgie courante,** par le Dr [illegible] **CORNET**. [illegible] de M. le prof. Ollier. 1 fort vol. in-12 avec 111 gravures dans le texte. [illegible]

(Voir compte rendu dans le présent numéro.)

---

**Dictionnaire de physiologie,** par **Charles RICHET**, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. 3e fascicule complètant le tome IV, de *Cyano-drique* (*acide*) à *Digestion.* 1 vol. in-8........................ [illegible]

---

**Les maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme,** par le Dr **KOLISCHER**; traduit de l'allemand par le Dr O. Beuttner, privat-docent à l'Université de [illegible] 1 vol. in-12 de la *Collection médicale*, cart. à l'anglaise.............. [illegible]

---

**Les causes sociales de la folie,** par **G. [illegible]**, docteur [illegible], professeur au lycée d'Alençon. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*........................................ [illegible]

---

**Esquisse d'une psychologie fondée sur l'expérience,** par le Dr **H. HOFFDING**, professeur à l'Université de Copenhague; trad. française par L. Poitevin. 1 vol. in-8 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine.* (*Paraîtra fin avril.*)........ [illegible]

---

**Le rire.** Essai sur la signification du comique, par [illegible] maître de conférences à l'Ecole normale supérieure. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*.............................. [illegible]

---

**L'évolution du droit et la conscience sociale,** par **L. TANON**, président à la Cour de cassation. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*........................................ [illegible]

---

**Histoire générale des Hongrois,** par **Ed. SAYOUS**, professeur à l'Université de Besançon, membre de l'Académie hongroise. *2e édition revisée par* [illegible] E. Sayous et J. Dolenecz. 1 vol. in-8, avec 253 gravures dans le texte [illegible] 27 planches hors texte, broché **15** fr., relié........................ [illegible]

(*Ouvrage couronné par l'Académie française.*)

---

**Histoire de la littérature hongroise,** par [illegible] 1 vol. [illegible] 20 planches hors texte et 95 gravures dans le texte. Préface de M. [illegible] Boissier, de l'Académie française. Broché **10** fr., relié.................. [illegible]

---

*La librairie Félix Alcan se charge de fournir franco à domicile à Paris, en province et à l'étranger, tous les livres publiés par les différents éditeurs de Paris, aux prix de catalogue.*

Coulommiers. — Imp. Paul BRODARD